



# Clínica de Salud Publica - Forma Para Información Del Paciente

Por favor llene toda la información que se requiere, para poder informarle en caso de que necesitemos ponernos en contacto con Ud. e informarle si Ud. requiere exámenes o algún otro tratamiento adicional o si ha perdido una cita.



**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre Inicial Jr/Sr I II III

**Otro nombre que ud. haya usado:** \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre Inicial Jr/Sr I II III

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
Mes Dia Año **Sexo:**  Hombre  Mujer  Transgenero  Otro

**Desamparados:**  No esta desamparado/a  
**Estoy desamparado/a:**  Me quedo en algún sitio  Vivo afuera  Tengo otros arreglos de vivienda  No se identificar donde estoy

**Direccion actual del paciente:** \_\_\_\_\_  
# y calle # de Apt Ciudad Estado Zona Postal  
(si desamparado, en que esquina y ciudad esta)

**Numero telefónico de casa:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
**Otro # de contacto:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Numero celular o de beeper (circulé)

**Apellido de soltera de su mama:** \_\_\_\_\_  
**Correo electrónico (opcional):** \_\_\_\_\_

**Lugar de trabajo/escuela:** \_\_\_\_\_  
**Numero de trabajo:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Lugar de nacimiento:**  CA  Otro Estado (especifique) \_\_\_\_\_  Pais De Origen (especifique) \_\_\_\_\_

**Seguro Social #:** \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
**Numero de Medi-cal:** \_\_\_\_\_

**Estado Matrimonial:**  Casado/a  Soltero/a  Divorciado/a  Separado/a  Miembro de pareja domestica  Viudo/a

**Nombre de Esposo/a/ Pareja:** \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre Inicial Jr/Sr I II III

**Codigo Etnico:**  Blanco  Negro  Hispano  Indio Americano/Eskimo/Aleut  Asiatico  
 Hawaiano Nativo / Isla del Pacifico  Filipino  Desconocido  Otro

**Idioma de preferencia:**  
 Ingles  Español  Cantonese  Mandarin  Vietnames  Koreano  Tagalo  Armenio  Camboyano  
 Russo  Persa/Parsi  Otro (especifique) \_\_\_\_\_  Preferencia a lengua de señas

**Nombre completo de su mama:** \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre Inicial Jr/Sr I II III

**Nombre completo de su papa:** \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre Inicial Jr/Sr I II III

### Persona A Notificar En Caso De Emergencia

**Parentesco:**  
 Padre/Madre \_\_\_\_\_  
 Esposa/o \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre Inicial Jr/Sr I II III

Guardian \_\_\_\_\_  
 Pareja Domestica \_\_\_\_\_  
 Hermano/a \_\_\_\_\_  
# y calle # de Apt Ciudad Estado Zona Postal

Amistad \_\_\_\_\_  
 Otro \_\_\_\_\_  
**Telefono:**(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ **Cellular/trabajo:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

(office use only)

**PF#:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_ **Updated on:** \_\_\_\_\_ 1  2  3